13.

Hernio-laparotomie. — Résection de dix-huit centimètres d'intestin. — Guérison,

Par M. Julliard,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

Extrait de la **Revue médicale de la Suisse romande.**
N° 6. — 15 juin 1881.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Hernio-laparotomie. — Résection de dix-huit centimètres d'intestin. — Guérison.

Par M. Julliard,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

Femme de 57 ans, affectée depuis dix ans d'une hernie, pour laquelle elle porte un bandage. Il y a un an la hernie s'étrangla, et fut réduite au bout de vingt-quatre heures par le taxis. Le 13 février, la malade ayant fait un faux pas la hernie sortit sous le bandage : la malade éprouva aussitôt une vive douleur et dut se mettre au lit immédiatement. La hernie ne rentra pas : quelques heures après les vomissements commencèrent. Un médecin fit le taxis inutilement. Dans la nuit les vomissements continuèrent. Le lendemain nouveau taxis qui fut encore inutile. La malade entra à la clinique le 14 février 1881.

Hernie crurale droite, grosse comme les deux poings, irréductible et très douloureuse : vomissements continuels non fécaloïdes. La malade étant éthérisée j'essaie le taxis : la réduction étant impossible je procède immédiatement à l'opération.

Le sac ouvert, je découvre une grosse masse d'épiploon au milieu de laquelle se trouve une anse intestinale d'un rouge très foncé, noire par places et exhalant une odeur de gangrène très prononcée : le sac contient une assez grande quantité d'un liquide brun à odeur fécaloïde. Je fais plusieurs débridements sur l'anneau. Ne voulant pas réduire un intestin dans cet état, je me décide à faire la résection.

Pour cela j'attire l'intestin au dehors autant que je le peux. — Après avoir lié le mésentère avec un catgut, je saisis les deux extrémités de l'anse avec des pinces, d'après le procédé de Kocher : je résèque ensuite avec des ciseaux toute l'anse herniée, en coupant l'intestin au-dessus de l'étranglement dans la partie saine. — Je rapproche les deux bouts de l'intestin pour les suturer : mais les pinces me gênant pour l'application des fils, je les enlève. Il s'échappe du bout supérieur une certaine quantité de matières fécales liquides que je reçois dans une soucoupe : par le bout inférieur il sort un peu de liquide rougeâtre. — Les deux bouts de l'intestin étant serrés entre les doigts par un assistant, je procédai beaucoup plus facilement à la suture. Je me proposais de faire la suture de Jobert : mais le bout supérieur était plus gros que l'autre et je

m'aperçus bien vite qu'il n'y avait pas moyen de l'invaginer en procédant comme Jobert l'indique. Je plaçai alors sur la circonférence de l'intestin quatre catguts, d'après le procédé de Lembert; avec cette différence qu'au lieu de faire ressortir mon fil tout près de la section de l'intestin, je le fis sortir à un centimètre et demi de cette section : puis au moment où un aide serrait le nœud et où les deux bouts s'appliquaient l'un contre l'autre, je retroussai en dedans le bout inférieur avec la pointe d'un ciseau courbe, et je poussai le bout supérieur dans l'inférieur ainsi retroussé. — Ceci étant fait, je plaçai une rangée de neuf catguts, d'après Lembert, en arrière de la première suture. J'obtins de la sorte la double invagination de Jobert, et derrière cette invagination une suture de Lembert comme renfort. — Puis je réunis la plaie du mésentère par quatre catguts : l'épiploon qui adhérait sur une grande étendue aux parois du sac fut lié en six faisceaux avec du catgut, et réséqué. — Je fis ensuite une incision de six centimètres aux parois de l'abdomen. Cette large ouverture me permit de replacer à mon aise l'anse réséquée dans l'abdomen : je l'installai en face de l'anneau et je la recouvris par l'épiploon, que j'appliquai également contre la paroi. — Suture de l'anneau avec trois catguts. Résection du sac avec les portions d'épiploon restées adhérentes. Suture de la peau avec du catgut. — Deux drains dans la partie inférieure de l'incision : un protective : trois grosses éponges : une couche de mousseline ordinaire imbibée d'une solution phéniquée à 2 ½ %, un papier imperméable : le tout maintenu par des tours de bande.

L'opération a duré une heure vingt minutes.—L'anse réséquée avait une longueur de dix-huit centimètres : le poids de l'épiploon réséqué était de 135 grammes.

Malgré une toux opiniâtre due à un catarrhe chronique des bronches, les suites de l'opération furent excellentes. Dès le second jour, mon opérée rendit des vents.—Le sixième jour, pansement : réunion par première intention complète, sauf à l'orifice des drains. Les sutures et les drains sont enlevés : le soir, trois selles. — Le huitième jour, pansement; la réunion tient bien, un peu de suppuration par l'orifice des drains, lait et bouillon : nouvelle garde-robe le soir.— Le quatorzième jour, pansement; la réunion se maintient : l'orifice des drains suppure toujours. Le soir la malade est prise d'un accès de manie aiguë : agitation excessive, mouvements désordonnés, loquacité, hallucinations, etc., etc.[1]. Tout appareil fut dès lors impossible.

Je fis passer la malade dans la Clinique médicale d'où elle fut envoyée le 15 mars à l'asile des Vernaies où elle est encore.

J'ai quelques considérations à présenter à propos de cette observation.

[1] Antérieurement à l'opération, elle avait eu déjà plusieurs fois des accès d'aliénation mentale.

Nous avons aujourd'hui le choix entre trois procédés de suture de l'intestin. Celui de Ramdohr, qui consiste à introduire simplement le bout supérieur dans le bout inférieur et à maintenir ce rapport par des points de suture. Ce procédé a l'avantage de donner une suture très solide : mais on a dû y renoncer parce qu'il adosse séreuse contre muqueuse. — Le second est celui de Lembert dans lequel on adosse séreuse contre séreuse, les bords de la plaie étant renversés en dedans : ce procédé est le plus facile de tous et il donne un excellent adossement des séreuses : aussi est-il le plus généralement employé : mais il a l'inconvénient de donner une suture qui n'est pas très solide. — Le troisième est celui de Jobert, qui consiste à introduire le bout supérieur dans le bout inférieur préalablement retroussé en dedans, et à maintenir ce rapport par des points de suture. Ce procédé est, sans contredit, le meilleur de tous, car il réunit la solidité de l'invagination à l'adossement des séreuses ; et je m'étonne qu'on n'y ait pas recours plus souvent. Je vois que dans presque toutes les entérectomies qu'on a faites ces derniers temps, c'est toujours la suture de Lembert qui a été pratiquée, et pourtant elle présente bien moins de garanties que celle de Jobert. Sur vingt-cinq entérectomies que je connais, dans lesquelles la suture de Lembert a été faite, je ne trouve pas moins de cinq cas de disjonction des sutures : dans deux de ces cas la mort a été la conséquence de l'épanchement des matières dans la cavité abdominale : trois fois l'épanchement s'est fait par la plaie : ces trois malades ont guéri. — Par contre, je ne connais pas d'observation de suture d'intestin par le procédé de Jobert dans lequel la suture ait fait défaut.

Il est vrai que le procédé de Jobert est d'une exécution plus longue et plus difficile : et lorsque la différence de calibre entre les deux bouts est trop grande, l'invagination devient impossible. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'essayer plus souvent ; on a vu comment, en plaçant mes fils d'après la méthode de Lembert, j'étais parvenu à obtenir une invagination qui, au premier abord, paraissait impraticable.

Un mot maintenant sur les fils. Dans ces derniers temps, par un singulier retour des choses, on a renoncé au catgut pour la suture de l'intestin et on a repris le fil de soie. On reproche au catgut de n'être pas assez solide et de casser au moment où on serre le nœud. Ce reproche n'est pas sans fondement avec le catgut du commerce, qui habituellement ne vaut rien : on ne

peut, du reste, méconnaître qu'au point de vue de la solidité le meilleur des catguts ne vaut pas le fil de soie. Mais je ne vois pas la nécessité d'avoir dans l'entérectomie des fils d'une solidité exceptionnelle. Que lorsqu'il s'agit de lier le pédicule d'une tumeur, on préfère le fil de soie au catgut, je le comprends : mais pour une suture d'intestin, un bon catgut fin est bien assez fort pour opérer la constriction dont on a besoin.

Le fil de soie, nous dit-on encore, peut rester sans inconvénient dans les tissus. Ceci est vrai et connu d'ailleurs depuis longtemps. Mais il faut pourtant convenir qu'à ce point de vue, le catgut présente plus de garanties que le fil de soie. M. Lister [1] rapporte une opération de goître, dans laquelle n'ayant pas de catgut sous la main, il lia les artères thyroïdiennes avec du fil de chanvre *parfaitement antiseptique*. Tout alla à merveille les huit premiers jours : le neuvième jour, un peu de pus se montra ; finalement, au bout d'un mois, une ligature sortit ; dix jours après, les autres ligatures furent successivement éliminées par la suppuration qui cessa aussitôt que le dernier fil fut sorti.

Si un accident comme celui-là, et j'en pourrais citer d'autres, survenait à la suite d'une suture d'intestin, cela pourrait avoir de bien graves conséquences. Or, on n'a jamais, que je sache, observé pareille chose avec le catgut.

Enfin, M. Czerny suppose que la ligature de soie ne se résorbant pas, maintient, par sa persistance, les parties suturées en contact.

Disons tout de suite que cette hypothèse n'est pas admissible. S'il était vrai que le fil de soie maintient indéfiniment les parties suturées en contact, aucune opération radicale de hernie, dans laquelle l'anneau a été suturé avec de la soie ne devrait être suivie de récidive. Or, la récidive est précisément la règle, que la suture ait été faite avec de la soie ou avec du catgut : donc au point de vue du maintien de la suture, ces deux fils ne valent pas mieux l'un que l'autre.

Et, même en admettant que le fait supposé par M. Czerny fut exact, je n'en verrais pas l'utilité pour l'entérectomie. Dans les sutures de l'intestin, si l'adossement des séreuses est suffisant, l'adhésion se fait en quelques heures ; en peu de jours l'adhérence est aussi solide qu'on peut le désirer et, qui plus

[1] Die Catgut-Ligatur. *Berliner klin. Wochenschrift.* 1881. N° 13.

est, définitive. Dans la cure radicale, on voit presque toujours les piliers de l'anneau s'écarter plus ou moins longtemps après l'opération, et livrer de nouveau passage à l'intestin: un fil persistant serait donc ici d'une grande utilité: je dirai même que le jour, où nous aurons pour de bon le fil en question, nous tiendrons la cure radicale des hernies.

Dans l'entérectomie il n'en est pas de même : les premiers jours de l'opération une fois passés, la disjonction des sutures n'est plus à craindre. Un fil persistant est donc inutile dans l'espèce, et il peut avoir de sérieux inconvénients.

C'est pourquoi je crois que pour les sutures de l'intestin le catgut est toujours préférable à la soie. C'est une ligature bien assez solide, point irritante, et enfin résorbable. Le seul inconvénient du catgut, c'est la difficulté qu'on éprouve à s'en procurer du bon; celui du commerce, je le répète, est généralement mauvais. Aussi je me sers de catgut que je prépare moi-même; de cette façon j'en ai toujours de l'excellent.

On a vu que pour pouvoir rentrer l'intestin dans la cavité abdominale, j'avais incisé l'anneau et les parois de l'abdomen sur une longueur de six centimètres. Ce procédé a déja été mis en usage plusieurs fois ; je considère qu'il doit être de règle dans *toute* entérectomie. Voici pourquoi :

Le diamètre de l'anse réséquée est toujours notablement augmenté par le fait de la suture; il est donc impossible de la faire passer par un orifice aussi étroit que l'anneau crural ou inguinal sans la comprimer et la tirailler, c'est-à-dire sans compromettre la suture. Une laparotomie permettra de replacer l'anse sans la froisser le moins du monde. — En second lieu, si on réduit l'intestin par l'anneau comme une hernie ordinaire, il pourra arriver que l'anse, une fois rentrée, disparaisse dans la cavité abdominale. Or, il est important qu'elle soit exactement maintenue contre les piliers; parce que si une portion de la suture vient à manquer, l'épanchement des matières pourra se faire par l'anneau, ainsi que cela s'est vu trois fois à ma connaissance; et il sera possible de replacer la suture qui a manqué ainsi que l'a fait Polano[1]. — Enfin, il ne faut pas oublier que l'anse réséquée contractera des adhérences avec les parties qui l'avoisinent: si donc on a eu soin de la dis-

[1] Entéroraphie pour une fistule stercorale, Heelkundige Gevallen. Rotterdam, 1854, p. 30, et Centralblatt fur Chirurgie, 1877, p. 545.

*

poser exactement contre l'anneau, elle adhérera aux piliers et aux parois avoisinantes sur une certaine étendue, condition éminemment favorable pour obtenir, du même coup, une bonne cure radicale de la hernie.

A l'appui de ce que je viens de dire, j'observerai que ma malade a été prise, le quatorzième jour de l'opération, d'un accès de manie aigüe qui ne l'a pas quittée depuis; c'est dire que les soins consécutifs n'ont pas été ce qu'ils doivent être à la suite de cette opération. Non seulement mon opérée n'a pas porté de bandage, mais encore elle a fait tout ce qu'il fallait pour amener rapidement la reproduction de sa hernie. Eh bien, je l'ai examinée dernièrement, deux mois et demi après l'opération, et j'ai constaté qu'il n'y avait pas l'ombre de récidive.

Il me reste encore un point à examiner.

Dans une hernie étranglée, nous dit-on, lorsqu'on trouve l'intestin gangrené, la règle n'est plus actuellement de faire l'anus contre nature; on doit faire immédiatement la résection de l'intestin. C'est le seul procédé digne d'un chirurgien moderne.

Le précepte est catégorique : voyons s'il est bien justifié.

Les opérations qui se généralisent sont celles dont l'exécution est relativement simple et qui, étant donnée la lésion à laquelle elles s'adressent, font courir le moins de chances au malade.

Comparons la résection de l'intestin à l'anus contre nature sous ces deux points de vue.

Difficulté de l'opération. — L'entérectomie est une opération longue, compliquée, toujours très délicate et qui, dans certain cas, peut présenter des difficultés exceptionnelles. Elle n'est donc accessible qu'à des chirurgiens exercés, et encore faudra-t-il que l'opérateur soit assisté d'un nombre suffisant de personnes ayant l'habitude des opérations [1].

L'anus contre nature est, au contraire, une opération des plus faciles et qui ne prend que quelques minutes. Vous opérez une hernie étranglée, vous trouvez l'intestin gangrené? Rien n'est plus simple que d'ouvrir largement l'intestin sphacelé et que de fixer l'anse herniée à l'anneau. Je voyais dernièrement

[1] M. Czerny va jusqu'à dire qu'il est nécessaire que non seulement l'opérateur, mais encore ses aides se soient exercés sur des animaux. Ceci me paraît un peu exagéré et je dois dire que ni moi, ni mes assistants, n'avions fait de vivisections préalables.

un médecin de campagne qui me disait avoir opéré quelque temps auparavant une hernie étranglée, tout seul, à la lueur d'une chandelle. Ayant trouvé l'intestin gangréné, il fit l'anus contre nature qui, pour le dire en passant, guérit spontanément par la suite. Je défie n'importe quel chirurgien de faire une résection de l'intestin dans des conditions comme celles-là.

Dangers de l'opération. — Je suppose l'entérectomie terminée. Le pansement est fait, le malade est replacé dans son lit. A quels dangers ce malade va-t-il être exposé ?

Le premier danger est une péritonite traumatique généralisée. J'admets volontiers qu'avec les procédés antiseptiques on sera généralement à l'abri de cet accident. Mais il ne faut jurer de rien en pareille matière, et la prudence exige qu'on tienne compte de cette éventualité.

Le second danger, c'est que la résection n'ait pas été suffisante; qu'on ait suturé et réduit un intestin qui se perforera ultérieurement. Cet accident est arrivé. Pourtant il ne faut pas l'exagérer, et je crois qu'on pourra l'éviter en coupant l'intestin assez haut. Il vaut mieux enlever trop que trop peu : après tout, ce ne sont pas quelques centimètres d'intestin de plus ou de moins qui feront rien à l'affaire.

Mais le grand péril de l'entérectomie, c'est la disjonction des sutures et l'épanchement des matières qui en est la conséquence. Dans le petit nombre de résections qui ont été faites jusqu'à présent pour des hernies gangrenées, cet accident a été observé plusieurs fois. Et il n'y a rien d'étonnant à cela : comment répondre, en effet, que dans le bout supérieur de l'intestin, il n'y ait pas une accumulation de matières fécales et de gaz qui viendront s'engager trop tôt dans l'anse réséquée, et y exerceront une pression à laquelle la suture la mieux faite ne résistera pas, celle de Lembert surtout? Et cela d'autant plus que la lumière de l'intestin est notablement réduite dans la partie réséquée. L'administration de l'opium, le seul moyen dont nous disposions pour tranquilliser l'intestin, est la plupart du temps inefficace; sans compter que l'opium amène souvent la constipation et augmente ainsi le danger au lieu de le prévenir.

L'anus contre nature au contraire étant fait, les dangers auxquels le malade est exposé sont fort peu de chose.

Une péritonite généralisée est à peine à prévoir : en tout cas, elle est bien moins à craindre qu'après la résection. Quant à l'épanchement des matières fécales dans la cavité de l'abdomen,

il est impossible, à moins que l'anus n'ait été mal fait ; auquel cas l'opérateur seul est fautif.

En somme, la résection de l'intestin est une opération plus difficile pour l'opérateur, et plus dangereuse pour le malade que l'anus contre nature. — Cela suffit pour qu'elle n'entre pas de sitôt dans la pratique générale.

Quant à moi, je persiste à croire qu'en cas de hernie gangrenée, la règle doit être, aujourd'hui comme avant, de faire l'anus contre nature. Cet anus une fois fait, il arrivera de deux choses l'une : ou bien il guérira de lui-même, auquel cas tout sera pour le mieux et on ne regrettera pas de n'avoir pas fait courir au malade les dangers de la résection : ou bien, il persistera : alors on sera toujours à temps de faire l'entérectomie.

Et cette entérectomie, que j'appellerai *secondaire*, on la fera dans des conditions de réussite très supérieures à celles que nous offre l'entérectomie *primitive*.

Parce qu'on opérera dans une région déjà pourvue d'adhérences, sur un péritoine épaissi et chroniquement enflammé ; et l'expérience nous apprend que ces péritoines-là sont ceux qui supportent le mieux les opérations. — Les limites de la résection étant bien fixées, on n'aura pas à craindre, comme dans la résection primitive, de réduire un intestin malade. — Le bout supérieur, n'étant plus distendu par les matières et les gaz, se sera affaissé ; la différence de calibre entre les deux bouts sera d'autant moindre, la suture d'autant plus facile [1]. — On aura la précaution de purger le malade et de le mettre à la diète quelques jours avant l'opération. De cette façon on opérera sur un intestin vide ; l'épanchement des matières pendant l'opération ne sera plus à craindre ; on pourra ainsi se passer de cet attirail de pinces et de ligatures provisoires qui sont gênantes, et avec lesquelles on est exposé à blesser un organe aussi délicat

[1] M. Thiersch, qui est, lui aussi, un partisan de l'entérectomie secondaire, rapporte une opération de hernie étranglée dans laquelle il trouva l'intestin dans un état suspect : l'anse étranglée fut maintenue au dehors : le lendemain, la gangrène étant évidente, on fait l'anus contre nature. Deux mois et demi après, entérectomie : guérison. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1881, n° 8) — Je ne vois pas l'utilité d'attendre aussi longtemps pour faire l'entérectomie. Si, au bout de deux ou trois semaines, l'anus contre nature n'est pas en pleine voie de guérison, on fera bien de réséquer sans plus tarder. Il ne faut pas laisser au bout inférieur le temps de s'atrophier. — Notons cependant que dans le cas de M. Thiersch, la section de l'intestin étant faite, les deux bouts avaient exactement le même calibre.

que l'intestin. — Enfin, le bout supérieur étant vide, il suffira de ne pas alimenter le malade trop tôt pour être *certain* qu'aucune masse de matières ne viendra s'engager avant le temps voulu dans l'anse réséquée, et faire sauter la suture. Le repos de l'organe étant ainsi assuré, on aura conjuré le plus grand danger de l'opération [1].

Comme on le voit, la résection pour anus contre nature se présente sous des auspices plus favorables que la résection pour hernie étranglée. — Le petit nombre de faits, aujourd'hui connus, paraît déjà confirmer cette manière de voir. Sur quinze cas de résection pour hernie gangrenée qui sont à ma connaissance [2], il y a eu sept morts, dont deux par rupture de la suture, un par perforation de l'intestin gangrené et quatre dont la cause n'est pas indiquée. Tandis que sur douze cas de résection pour anus contre nature [3], il n'y a eu que deux morts, un par embolie pulmonaire, le second par une déchirure de l'intestin, qui s'est faite pendant l'opération et qui n'a pas été aperçue.

Sans doute l'entérectomie primitive est une opération plus brillante, et le cas que je rapporte n'est pas fait pour en détourner le chirurgien. — Néanmoins, je crois qu'il vaut mieux faire l'anus contre nature d'abord, et plus tard s'il y a lieu la résection de l'intestin.

[1] J'observerai, à ce propos, que dans les cinq cas de disjonction totale ou partielle de la suture qui ont été observés à la suite de l'entérectomie, il s'agissait toujours de résections primitives pour hernie étranglée. Tandis que je ne connais pas un cas de disjonction de la suture à la suite d'une entérectomie pour anus contre nature.

[2] Kocher, 3 cas (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1878. Bulletin de la Suisse romande, 1880. Centralblatt für Chirurgie, 1880); — Nicoladoni (Wiener Medic. Blätter 1879); — Billroth, 2 cas (Wiener Medic. Wochenschrift, 1879, n° 1. Verhandl. der deutschen Geselschaft, 8me Congrès, 1879, p. 85); — Hagedorn, 2 cas (Verhandl. der deutschen Ges., 9me Congrès, 1880, p. 64); — Küster 2 cas (Verhandl. der deutschen Ges., 8me Congrès, 1879, p. 83); — Ludwig (Wien. Med. Presse, 1880, n° 23); — Wahl (St-Petersburg. Med. Wochenschrift, 1879, p. 27; — Czerny 2 cas (Centralblatt für Chir., 1881, p. 66. Berliner klin. Wochenschrift, 1881, nos 45 et 48); — et le mien.

[3] Dittel (Wiener Med. Wochenschrift, 1879, n° 48); — Billroth, 3 cas (Verh. deutch. Ges., 8me Congrès, 1879, p. 84. Archiv für klin. Chirurgie, t. XXIV, 1879. Wiener Med. Wochenschrift, 1881, n° 3); — Scheede, 3 cas (Verh. deutsch. Ges., 8me Congrès, 1880, p. 80); — Esmarch (8me Congrès, p. 83); — Dumreicher (8me Congrès, p. 84); — Thiersch (Berl. klin. Woch., 1881, n° 8); — Weinlechner (Wien. Med. Woch., 1881, n° 3); — Baum (Berl. klin. Woch., 1881, n° 20).

Genève. Imp. Schuchardt.